09/10/2024

ITEM 285 : DIARRHÉE CHRONIQUE DE L'ENFANT

Diarrhée = modification de la consistance des selles, molles ou liquides ± abondantes, chronique si > **3 semaines**

DD			- **Fausse diarrhée de l'enfant constipé** : association de selles molles et dures, encoprésie - **Enfant allaité au sein** : selles molles grumeleuses jaunes - **Utilisation de préparations hydrolysées** : selles vertes
Diagnostic	Int		**- Antécédents personnels** : hydramnios, auto-immunité, allergie connue, atopie familiale - **Régime alimentaire** : . Chronologie d'introduction des aliments, notamment **lait de vache** et **gluten** . Prises alimentaires actuelles (allaitement, repas, grignotages, boissons) - **Appétit** : normal, **diminué** (**maladie cœliaque**) ou **augmenté** (**insuffisance pancréatique**) - **Caractéristiques de la diarrhée** : début brutal ou progressif, intervalle libre après la naissance, contexte infectieux, contage, horaires/fréquence/abondance, consistance (sang, glaires, débris alimentaires, graisse) ➔ L'émission de selles la nuit est un bon argument en faveur d'une diarrhée organique (sauf chez le nourrisson)
	SF		- **Fièvre, AEG** - Signes digestifs : **douleur abdominale, anorexie, rectorragies** - Signes cutanés (**eczéma, aphte**), articulaires et respiratoires - Retentissement staturo-pondéral : signe l'organicité
	SC		- **Aspect** : apathie, pâleur, tristesse, syndrome dysmorphique, stade pubertaire - **Etat nutritionnel :** périmètre brachial (chez le jeune enfant), IMC, courbe staturo-pondérale, plis cutanés - **Examen abdominal** : ballonnement, bruits hydro-aériques, hépatomégalie, splénomégalie - **Examen du siège et de l'anus** : irritation des fesses, fissures anales ± **toucher rectal** (si doute sur fécalome) - **Hippocratisme digital** : **mucoviscidose**, **maladie cœliaque**, **maladie de Crohn**
Nt	Chez le nouveau-né		- Les causes de diarrhée chronique chez le nouveau née sont du ressort du spécialiste (rares)
	Chez le nourrisson/ jeune enfant	Fonctionnelle	**Intestin irritable** (**colopathie fonctionnelle**) : cause la plus fréquente - Diarrhée abondante nauséabonde chez une enfant de 6 mois à 3 ans - Avec **croissance** et **état général conservés** - Diagnostic clinique ; en cas de doute devant des selles graisseuses et une hyperphagie, dosage de l'élastase fécale pour éliminer une insuffisance pancréatique exocrine (croissance parfois conservée via l'hyperphagie compensatrice) - PEC : modification du régime visant à réduire les sucres fermentiscibles (réduction des FODMAP : lactose, fructose, oligosaccharides et polyols) et surveillance simple
		Organique	- **Maladie cœliaque** après introduction du gluten (cf encadré) - **Allergique aux protéines du lait de vache** - **Mucoviscidose** - **Giardiase** L'intolérance au lactose primitive est rarissime : à ne pas évoquer à cet âge
	Chez le grand enfant/ adolescent	Fonctionnelle	- **Intestin irritable :** alternance diarrhée-constipation, douleurs abdominales chroniques, croissance staturo-pondérale conservée.
		Organique	- **MICI** : cf encadré - **Intolérance au lactose secondaire, physiologique de l'adulte** (> 5 ans) : symptômes (douleurs, ballonnements, diarrhée) dans l'heure suivant la prise de lactose (NB : bien plus rare que chez l'adulte) - **Allergie alimentaire** (exceptionnel à cet âge) - **Maladie coeliaque** cf encadré

09/10/2024

MALADIE COELIAQUE

Cause la plus fréquente de malabsorption
= **Maladie auto-immune** développé sur un **terrain génétique prédisposé** = « *incontournable* » *d'après le collège de Pédiatrie* (avec **HLA DQ2 et/ou DQ8** : 95% des cas pour DQ2) par **intolérance aux protéines (gliadine) contenu dans le gluten** (blé, seigle, orge), notamment les glinides
- Prédominance **féminine** (2-3/1), 2 pics de fréquence = **20 à 40 ans** (majorité) et **nourrisson** (introduction du gluten à 6 mois)
- Prévalence de **1/100** à **1/300**

FDR

- **Antécédent familial au 1er degré** dans 10% des cas (HLA DQ2 ou DQ8)
- **Dermatite herpétiforme**
- Autre maladie auto-immune : **diabète, thyroïdite, cirrhose biliaire primitive, vitiligo**…
- **Déficit en IgA**
- Anomalie génétique : **trisomie 21**, **syndrome de Turner**

Diagnostic

Le diagnostic repose sur l'association de critères anapath et sérologiques + preuve diagnostique par test thérapeutique (éviction du gluten)

Clinique

- Forme classique (rare) : **diarrhée chronique** avec **signes cliniques de malabsorption**
- **Amaigrissement, dénutrition, retard de croissance** chez l'enfant/adolescent
- Forme pauci-symptomatique : confusion avec des **troubles fonctionnels intestinaux**
- **Enquête alimentaire :** type d'allaitement, date d'introduction du gluten (farines, pain, gâteau, semoule…)
- **Cassure de la courbe pondérale**, puis **staturale**
- Forme atypiques en hausse :
  . **Carence en fer**
  . **Retard de croissance staturale et de puberté** sans symptômes digestifs

Carences

- Fer : **anémie, troubles des phanères, perlèche, koilonichie**
- Vitamine B1 : **Béribéri** (asthénie, atteinte cardiaque, neuro), **encéphalopathie de Gayet-Wernicke**
- Vitamine B12 : **anémie mégaloblastique, sclérose combinée de la moelle**
- Vitamine PP : **éruption photosensible, purpura**
- Vitamine A : **héméralopie** (↘ vision dans l'obscurité), **photophobie**
- Vitamine D : **ostéomalacie, rachitisme, ostéoporose**
- Vitamine K : **syndrome hémorragique**
- Albumine : **hypoalbuminémie** (œdèmes…)
- Troubles neuro : épilepsie, neuropathie carentielle, ataxie)
- Trouble de reproduction : **aménorrhée, infertilité, hypotrophie fœtale, fausses couches à répétition**
- **Cytolyse hépatique** inexpliquée
- **Aphtose buccale récidivante, hippocratisme digital**

Paraclinique

1ère étape

- **Dosage d'IgA anti-transglutaminase**
+ **Dosage pondéral des IgA** : en cas de déficit en IgA, le dosage d'IgA anti-transglutaminase n'est pas interprétable (3 à 5% des cas) ➝ dosage des IgG + biopsie duodénale

2ème étape

Si IgA anti-transglutaminase > 10N

- **Dosage des IgA anti-endomysium**
➝ Diagnostic **sans biopsie** si positifs *(collège de Pédiatrie)*

Biopsies duodénales

= Si IgA anti-transglutaminase < 10N sans déficit en IgA ou si dosage des IgA anti-endomysium et/ou HLA négatif : **biopsies du 2e ± 3e duodénum**
➝ Histologie : **Atrophie villositaire : totale, subtotale ou partielle** (non obligatoire), ↗ **Lymphocytes intra-épithéliaux, infiltration lympho-plasmocytaire du chorion, présence de PNE, hypertrophie des cryptes**

Bilan

- Biologie : **NFS, ionogramme, calcémie, magnésémie, fer, folates, B12, TP, bilan hépatique**
- **Ostéodensitométrie**

09/10/2024

Prise en charge	**Régime sans gluten à vie**	= Supprimer tous les aliments et médicaments contenant des farines de **blé, seigle ou orge** à vie - **Maïs**, **riz** et **avoine** utilisables sans réserve - Participe au dg = **test thérapeutique** avec disparition des signes cliniques 1-2 semaines, négativation des anticorps en 12-18 mois, régression de l'atrophie villositaire en 6-12 mois - **Consultation diététicienne** avec liste des produits sans gluten - Moyens : éducation thérapeutique, conseils diététiques, associations de malades - **Soutien psychologique** si besoin - **PAI** indispensable à l'école - Pathologie non reconnue ALD mais possible aide financière pour achat d'aliments sans gluten après déclaration à la sécu de la maladie
	Complications	- **Ostéopénie** (50% au diagnostic, régression après régime) **- Sprue réfractaire** = **lymphome intra-épithélial = entité pré-lymphomateuse**: persistance des signes malgré un régime sans gluten > 6 mois, avec infiltration de la muqueuse par des lymphocytes T anormaux (CD3+ CD8-) - **Lymphome invasif** - **Adénocarcinome du grêle, de l'œsophage et carcinome du pharynx**
	Surveillance	= **Sous régime sans gluten strict bien suivi** : *- Régression en 3 mois des signes cliniques et biologiques* *- Négativation des Ac après 12 mois* *- Régression de l'atrophie villositaire en 24 mois (non contrôlé)* - L'ostéopénie régresse en partie
	Résistance au régime sans gluten	**- Mauvaise observance** (1ère cause) ou **erreur diagnostique** - Complication : **sprue réfractaire**, **lymphome invasif, ADK de l'intestin**

09/10/2024

MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES DE L'INTESTIN

MICI = maladie de Crohn, **rectocolite hémorragique et colites indeterminées** : incidence en augmentation, particulièrement chez l'enfant
- Début souvent insidieux, typiquement chez le grand enfant ou l'adolescent, mais possible dès les premières années : peuvent se révéler à tout âge et il est important d'y penser pour éviter un retard diagnostique
- **Colites précoces du nourrisson/jeune enfant** : souvent maladie monogénique, forme extrême et particulière

Diagnostic	C	**Maladie de Crohn**	- **Douleurs abdominales** récurrentes d'allure organique, souvent localisées en FID - **Anorexie, amaigrissement** - **Diarrhée chronique,** parfois **sanglante** - **Retard de croissance staturo-pondéral, retard pubertaire** - Signes associés : **asthénie, fièvre, aphtose buccale, arthralgies**	
			Complication	- **Abcès** ou **fistule périnéale** ou **intra-abdominale** - **Sténose du grêle ou du colon** : douleur intense typique en crescendo, avec relâchement soudain et hyper-péristaltisme (**syndrome de Koenig**) - Cutané : **érythème noueux, *Pyoderma gangrenosum*** - Pas de risque de cancer colorectal : uniquement chez l'adulte
		Rectocolite hémorragique	- **Diarrhée**, presque toujours **sanglante** - **Douleurs abdominales** (inconstantes) - Répercussion moindre sur la croissance staturo-pondérale	
			Complication	- **Mégacôlon toxique** : distension du colon, avec risque de perforation - **Colite aiguë avec hémorragies importantes** - Cutané : **érythème noueux, *Pyoderma gangrenosum*** - Pas de risque de cancer colorectal : uniquement chez l'adulte
	DD		- **Tuberculose intestinale (**surtout patient maghrébin) - **Lymphome intestinal** - **Infection à *Clostridium difficile* , *Campylobacter, Yersinia, Shigella, Salmonella*** (tableau très aigu), ***Amoebose***	
	PC	Exploration	- Bilan inflammatoire : **NFS, VS, CRP, albumine** (hypoalbuminémie) - Sérologies : - **ASCA** : positif chez 2/3 des patients avec **maladie de Crohn** - **p-ANCA** : positifs chez 3/4 des patients avec **RCH** (non spécifique) - **Calprotectine fécale** : marqueur inflammatoire, évocateur d'une MICI si augmenté	
		Confirmation diagnostique	- **Entéro-IRM** - **Endoscopies haute et basse avec biopsies** : ulcérations et infiltrat inflammatoire ± granulome giganto-cellulaire et épithélioïde (Crohn) - En 3ème intention possible vidéocapsule endoscopique	

	Crohn	**RCH**
Diarrhée	Quasi constante	Quasi constante
Sanglante	Occasionnelle	**Quasi constante**
Douleurs abdominales	Quasi constantes	Fréquentes
Symptomatologie périnéale	Fréquente	**Absente**
Retard de croissance	Fréquent	**Rare**
Dénutrition	Fréquente	**Rare**